AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (2019nCoV)-Lage“

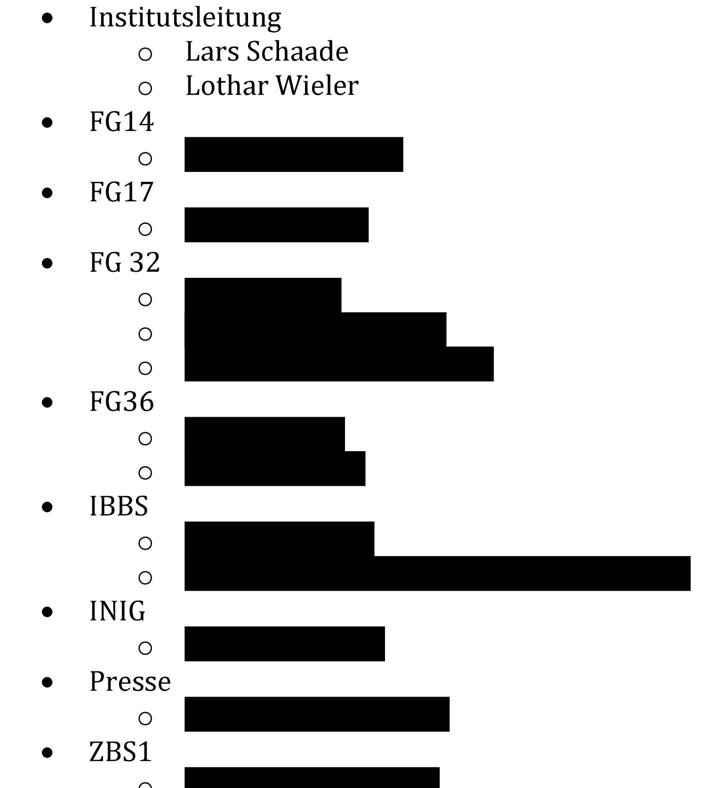
Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
Datum:	*18.02.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	RKI,

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:



- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- FG14
  -
- FG17
  -
- FG 32
  -
  -
  -
- FG36
  -
  -
- IBBS
  -
  -
- INIG
  -
- Presse
  -
- ZBS1
  -
- BZGA :
- Bundeswehr:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Fälle ○ Weltweit 73.335 (+1.984) 19 Fälle, 1.874 (2,6%) Todesfälle , alle bis auf 3 in China ○ China (inkl. Hongkong, Taiwan und Macau) 72.530 (+1.891) Fälle, 1.772 (2,6 %) Todesfälle, 11.741 (16,2%) "ernsthaft erkrankt" ○ Provinz Hubei 59.989 (+1.861) Fälle (81,8% von allen), 1.790 (3 %) Todesfälle, 10.970 (18,3%) "ernsthaft und kritisch erkrankt" ○ International 25 Länder mit 739 (+93) Fällen, 1 Todesfall Philippinen, 1 Japan, 1 Frankreich, 29 schwere Krankheitsverläufe (3,9%) ○ Europa (WHO Region) 9 Länder mit 47 Fällen (FR, DE, IT, SP, SE, UK, FI, BE, RU) ○ [geschwärzt] ○ [geschwärzt] • Risikogebiete: Trendevaluierung für einzelne chinesische Provinzen über 4-Wochen Zeitraum zeigt bei den meisten keinen exponentiellen Wachstum mehr, China insgesamt noch schwach positiv exponentieller Wachstum (jedoch ggf. Meldeverzug?); anfangs in chinesischen Daten paralleler Anstieg von suspected und confirmed cases, ab Anfang Februar Abfall der suspected cases, Fallzahlen scheinen insgesamt abzunehmen • Lancet Publikation zu klinischen Details eines Patienten: er war 9d nach Aufnahme afebril, dann jedoch zunehmende Luftnot (ARDS), Maximaltherapie inklusive Interferon, Prednisolon, Kaletra; histologischer Befund ähnlich dem von SARS und Mers-Fällen, ARDS Therapie durch Beatmung und Cortison, Prednisolon-Gabe fand relativ früh statt, hat möglicherweise Immunreaktion reduziert • Schlussfolgerung: ○ Informationen, die zur besseren Interpretation der Daten notwendig wären, nicht vorhanden ○ Generell scheinbare Entspannung der Lage in China, Lageentwicklung außerhalb Chinas sollte genauer beobachtet werden ○ Kein Bedarf für Erweiterung der Risikogebiete (mehr Informationen verfügbar) **National**	ZIG1 FG36

	• [redacted] • [redacted] *ToDo: INIG-Folien immer vorab an BZgA und Bundeswehr, Folien von heute werden weitergeleitet* **Krisenstabssitzung** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ deutsche Botschaft vor Ort in Kontakt mit ihnen, kann keine medizinischen Maßnahmen (über)nehmen und sollte kommunizieren, dass sie 14d unter Selbstisolierung verbringen sollten ○ RKI ist gegen Fluglinien-Rückkehr da sie Kontakt-personen sind, nicht sicher, ob dies dem AA bekannt ist, RKI hält an fachlich begründeter Grundhaltung fest	IBBS
2	**Erkenntnisse über Erreger** **Neue Publikation >72.000 Patienten** • Siehe bitte auch Zusammenfassung, die von [redacted] an RKI-Corona-Verteiler geschickt wurde • Deskriptive Analyse von 72.314 Patienten, 44.672 (62%) confirmed (laborbestätigt), 22% suspected (Symptome und Exposition), 15% clinically diagnosed (CT von suspected cases), 1% asymptomatisch; 80% milder Verlauf, inkl.	FG36

	Pneumonie, 14% severe, z.B. Dyspnoe, >50% der Lunge betroffen, 5% critical; 87% in Altersgruppe 30-79 Jahre, 1.386 counties und 31 Provinzen betroffen, insgesamt wenig Kinder; Letalität nicht ganz klar aber mit 2% berechnet (Verstorbene/ Fälle); Mortalität nach Altersgruppe, von 0 bis 45-50 Jahre relativ konstant, dann 20-50-fache Mortalität in älteren Gruppen, Vorerkrankungen ca. 20-fach höheres Mortalitätsrisiko, Mortalität sinkt von Anfang Januar bis in Februar hinein, anfangs möglicherweise mehr schwere Fälle; Geschlecht kaum Unterschiede in Inzidenz, jedoch 50% höher bei Männern, nicht korrigiert für Raucherstatus, oder Begleiterkrankungen; Peak Ende Januar, schwer zu erklärender Ausreißer in epicurve am 1. Februar • Schlussfolgerung: hochansteckend, Ro 2-3, massive Maßnahmen in China haben dazu beigetragen, dass die Fallzahlen nicht mehr explodiert sind, viele Fragen bleiben jedoch offen **Erregersteckbrief** • Alle verfügbaren Informationen wurde aufgenommen, wird nun zirkuliert, muss zentral gepflegt werden, wird gerade von FG36 organisiert, später strukturiertes Vortragen in Lage-AG *ToDo: FG36 Fertigstellung Erregersteckbrief*	
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Anlass die Bewertung auf RKI-Webseite anzupassen	alle
4	**Kommunikation** **Öffentlichkeitsarbeit** • [geschwärzt] • [geschwärzt] • Wunsch von Lesern: deutliches Markieren der Neuerungen auf der Webseite, z.B. in einer Marginalspalte, keine wirklich gute Lösung möglich, bei neuen Versionen von Dokumenten können anfangs zwei Sätze mit Erläuterung der Änderungen gesetzt werden, bzw. Zusatz „geändert am DD.MM.YYYY:…" mit Erklärung der Änderungen • Evtl. in Lagebericht auch erwähnen, was aktualisiert wurde • RSS-Feed möglich Änderungen nachzuverfolgen, wird aber nicht von vielen genutzt • Aktuell kein weiterer Anpassungsbedarf auf der Webseite **BZgA** • Nichts zu berichten, was neu wäre	Presse BZgA

<table>
<tr><td>5</td><td>

Dokumente

Empfehlungen zum Umgang mit medizinischem Personal: Rückmeldung zur Handreichung wurde erhalten und wird von FG36 überarbeitet, dann beginnt Abstimmungsrunde, wird morgen in Lage-AG abgesprochen, STAKOB ist sehr interessiert daran, involviert zu sein
Rahmenkonzept: Entwurf wurde von FG36 erstellt und heute vom LZ an RKI-Corona-Verteiler zirkuliert, bis Freitag können relevante OEs kommentieren

ToDo: Kommentierung des Rahmenkonzeptes durch RKI-Kollegen, insbesondere FG14, FG17, IBBS und Pressestelle

</td><td>FG36/alle</td></tr>
<tr><td>6</td><td>

Labordiagnostik
Integration SARS-CoV-2 in AGI

In FG17 ist alles startklar, PCR steht und ist validiert, Primer wurden geprüft und sind sauber, Datenschutzunterlagen so weit fertig, Auftrag an Druckerei raus, Rücklauf der Einwilligungserklärung muss vor Start gesichert sein (braucht erfahrungsgemäß ca. 14d)
FG17 bekommt Unterstützung dabei, die Formulare rauszuschicken, dann geht es so schnell wie möglich per Post raus, ab Montag sollten alle Praxen die neuen Dokumente haben und nur noch diese nutzen, theoretisch können ab Montag die ersten Patienten beprobt werden → wenn Papiere in den Praxen liegen ist Integration gestartet
Bereits Anfrage an Presse ob im Rahmen der AG Influenza auf Coronavirus getestet werden wird?

Grippeweb plus

In der Vergangenheit Machbarkeitsstudie bei Grippeweb Nutzern: treu meldende wurden angeschrieben und haben Set von Abstrichproben erhalten, konnten selber Proben nehmen und zusammen mit Formular an ZBS schicken, Diagnostik einer Gruppe von Viren und Bakterien, lief ein halbes Jahr, Finanzierung war nicht gesichert, ca. 120 TN die „noch nicht zum Arzt gehen“
Erste Gespräche zu Reaktivierbarkeit aus IT-Perspektive mit FG31 haben stattgefunden, aktuell noch in Klärung, FG36 und ZBS1 verfolgen dies

</td><td>FG17

ZBS1/FG36</td></tr>
<tr><td>7</td><td>

Klinisches Management/Entlassungsmanagement

Gestern STAKOB TK: Rückmeldung, dass sie sehr viele Anfragen von niedergelassenen/peripheren Häusern erhalten, viel Unsicherheit über Klärung von Verdachtsfällen, Verweis auf RKI-Webseite, aber Informationen dringen noch nicht breit durch, Empfehlungen sollten noch breiter gestreut

</td><td>IBBS/FG14/
FG37</td></tr>
</table>

	werden um mehr Fachöffentlichkeit zu erreichen, Möglichkeiten: o Einlage in jedes DÄB? o Nutzung von STIKO-App, erreicht 100.000, wie viele hiervon im Krankenhaussetting sind, ist nicht klar o Presse hat Verteiler KV- und Ärztekammer-Zeitschriften, könnte angefertigten Text an diese Verteiler schicken, Kombination mehrerer Aspekte/ Empfehlungen bzw. Handreichungen *ToDo: Einholen von mehr Informationen zur STIKO-App Zielgruppe, wie viele, wie viele in Krankenhäusern, LZ Aufgabe, welche Inhalte und Begleittext, FG36, IBBS, andere?* • FAQ: Aspekt „an wen wenden wenn erkrankt?" ist nicht sehr deutlich, melden Sie sich bei einem Arzt, aber bei Rückkehr aus Risikogebiet bei ihrem lokalen Gesundheitsamt *ToDo: IBBS bereitet Anpassungsvorschlag für diesen FAQ Aspekt vor* **Entlassung/ Vermeiden langer Liegezeiten** • Das Vermeiden langer Liegezeiten ist bei strengen Kriterien schwierig, Verlängerung der Liegezeiten um zwei negative PCR zu erhalten, Kliniken wollen so schnell wie möglich Betten befreien, und mild erkrankte ggf. gar nicht (so lange) aufnehmen, auch angesichts der Vorbereitung für die nächste Phase • IBBS und ZBS1 und Charité wollen erneut besprechen, wie man dies noch praktikabler machen kann, NW aus zellulärem Gewebe um sicherzustellen, dass Abstriche gut abgenommen wurden; • Zwei Aspekte hier ausschlaggebend: 1. Infektiösität: wichtiges Kriterium das nicht aufgeweicht werden sollte, auf der sicheren Seite bleiben 2. Management: Klinik oder zu Hause unter GA-Aufsicht, • Anpassungen sollten nicht auf laborbezogenen Spielräumen beruhen, wenn klinisch ein Krankenhausaufenthalt nicht erforderlich ist, kann Management geändert werden • RKI gibt fundierte Empfehlungen und können darüber hinaus nicht die Umsetzung sichern, AGI sagt eine Anpassung ist aktuell nicht notwendig → Kliniken sollten sich an ihre Gesundheitsbehörden wenden	
8	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** **BMG Auftrag zu MNS Einsparungen** • Schutzausrüstung Mund-Nasen-Schutz (MNS): Ressourcen sind sehr knapp und bald (in 1-2 Wochen) aufgebraucht, Maßnahmen müssen getroffen werden, um mit aktuellen Ressourcen länger auszukommen, einzelne Kliniken haben Vorschläge entwickelt bzw. setzen diese bereits um, z.B.	

	Wiederverwendung von Masken, Streichen elektiver Operationen • Sourcing muss jetzt außerhalb Chinas stattfinden und wird Zeit benötigen • [geschwärzt] • BMG Auftrag ging ans RKI, jedoch ist dies Verantwortung von BAUA und vor Veröffentlichung muss es auch an ABAS • Einbettung in Kommunikation und Abstimmung mit BAUA sehr wichtig, RKI-internes Arbeitspapier kann mit BMG geteilt werden, ohne Abstimmung mit verantwortlicher Behörde ist weitere Streuung/Veröffentlichung nicht möglich *ToDo: FG14 stimmt morgen früh Entwurf intern ab und schickt ihn ans BMG* **BMG** • [geschwärzt] hat an der täglichen TK teilgenommen • Überlegung, die Bevorratung von 2 auf 4 Wochen zu erhöhen Nicht unbedingt sinnvoll, wie kann man andere Ressourcen mobilisieren, unter aktueller Grippewelle • Kernpunkt sind chirurgische Masken, aktuell startet ein Joint Procurement auf EU-Ebene, Bedarf wurde abgefragt, Eigenbeschaffung wird auch stimuliert, dieserart Schutz-maßnahmen sind bei Mangel an Impfstoff/medikamentöser Behandlung wichtig, Personal muss weiter behandeln können • Keine Informationen über/von WHO hierzu	
9	**Surveillance** • Mortalitätssurveillance beschleunigen *ToDo:*	
10	**Transport und Grenzübergangsstellen** **Stand Kreuzfahrtschiffe** • [geschwärzt] • [geschwärzt] ○ [geschwärzt] ○ Passagiere werden als Kontaktpersonen der Kategorie 1 eingestuft, sehen Bundesländer auch so, Kontakt-personennachverfolgung und Kommunikation	FG32

	(Reederei, GA für IGV-benannte Flughäfen) hierzu laufen auf mehreren Kanälen, ○ Internationale Risikobewertung nicht klar ○ [geschwärzt] [geschwärzt] • [geschwärzt] • [geschwärzt] • Viele andere deutsche Flughäfen haben auch Direktflüge aus China, z.B. Cargo (Leipzig) und Charterflüge, betrifft wesentlich mehr Flughäfen als wir erst dachten	
11	**Internationales** **Informationen** [geschwärzt] • [geschwärzt] • [geschwärzt] [geschwärzt] • [geschwärzt] • [geschwärzt] • [geschwärzt] • Finanzierung aus BMG Coronavirus-Sondertopf, dieser sollte eigentlich für nationale Krisenaktivitäten genutzt werden • SEEG (GIZ) beteiligt zu Materialtransport und personell, nicht darüber hinaus	FG32/ZIG/IBBS
12	**Informationen aus dem Lagezentrum** • [geschwärzt] • [geschwärzt]	FG32

	[redacted]	
13	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 19.02.2020, 11:00-12:30 Uhr, [redacted]	